

## การดูแลระยะกึ่งฉับพลันที่บ้านการสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### Intermediate Care at Home in Stroke Patients

นิสากร ดีแสน, นัทธมน ยวงเกตุ, สุกฤต กุลกฤษญา, รณชัย บัวบาง

นิติตแพทย์ชั้นปีที่ 6

ผศ. นพ. นนท์ โสวัณณะ

อาจารย์ที่ปรึกษา

จากการเก็บข้อมูลทางสถิติพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการความบกพร่องทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลำดับต้นในประชากรของประเทศไทย ทั้งนี้ยังพบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆนอนๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค<sup>1</sup>

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การกลืน การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูยังมีไม่มากนัก<sup>2</sup>

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติและมีสถานะที่คงที่ที่จะเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยหลักการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (intermediate care) คือ การดูแลผู้ป่วยหลังระยะเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ (subacute care) แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (rehabilitation program) และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้าน (holistic care) โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน (community continuous care) เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ<sup>3</sup>

ปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมและให้บริการที่

บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนหรือครอบครัวเพื่อให้บริการตนเองแทนนักวิชาชีพ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่าบริการฟื้นฟูส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกหรือเยี่ยมบ้าน ทำให้ไม่สามารถให้บริการฟื้นฟูในระดับรูปแบบเต็มที่ได้มาก<sup>2</sup>

ระบบการดูแลต่อเนื่องทางการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน (Community base rehabilitation) มีทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่มีศักยภาพ คือ มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่อื่น เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวสามารถให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งแบบในสถานพยาบาลและที่บ้าน ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคม ช่วยเหลือคนพิการ (อพมก.) สามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือเบื้องต้นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและที่บ้าน<sup>4</sup>

จากงานวิจัยพบว่า การฟื้นฟูร่างกายภายในระยะเวลาหกเดือนแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีอัตราการฟื้นฟูที่เร็วกว่าหากได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังหกเดือนเป็นต้นไป<sup>5</sup> ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับชุมชน พบว่าผู้ป่วยฟื้นฟูระยะกลางที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน มีคะแนนการทำงานของสมรรถภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาหลายครั้งก่อนหน้านี้<sup>1</sup>

โปรแกรมการดูแลที่บ้าน มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน เช่น การจัดท่าที่เหมาะสม การออกกำลังกายบริหารข้อต่อ การฝึกทรงตัวในท่านั่ง เป็นต้น การดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม<sup>4</sup>

การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง ภาวะปวดไหล่ ภาวะข้อไหล่เคลื่อน ภาวะกลืนลำบาก ภาวะชัก ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย การติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ และภาวะซึมเศร้า เป็นสิ่งที่ต้องประเมินเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน<sup>4</sup> และแนะนำให้ประเมิน Barthel Index ทุกหนึ่งถึงสองเดือนจนครบหกเดือน<sup>3</sup>

กรณีศึกษาจากนิสิตแพทย์ปี 6 จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ซึ่งไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี การวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีอาการอ่อนแรงแขนขาครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นผู้ป่วยติดเตียง และได้รับการเจาะคอเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือ แผลกดทับ ข้อไหล่ติด กล้ามเนื้อหดเกร็งปัญหา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากการขาดการเคลื่อนไหวร่างกายหรือนอนติดเตียงเป็นระยะเวลาอันยาวนาน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลเกือบทั้งหมด อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น การได้รับการดูแลโดยมีทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องซึ่งประกอบด้วย ทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และนักกายภาพบำบัดซึ่งมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากการฟื้นฟูของผู้ป่วยรายนี้ โดยนักกายภาพบำบัดเป็นคนทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยเฉลี่ยสองสัปดาห์ต่อครั้ง และสอนวิธีการทำกายภาพบำบัดให้แก่ผู้ดูแลให้สามารถกายภาพบำบัดได้เองโดยช่วงเวลาอื่นไม่มีนักกายภาพมาที่บ้าน อยากรู้ได้ก็ตามเนื่องจากผู้ดูแลรับภาระหนักในการดูแลคนไข้ในหลายๆด้านทำให้มีประสิทธิผลการทำกายภาพบำบัดของผู้ดูแลน้อยกว่านักกายภาพบำบัด ดังนั้นนอกจากให้ความรู้และแนวทางการทำกายภาพบำบัดแล้วต้องคำนึงถึงสุขภาพและสภาพจิตใจของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน หากผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งกายและใจก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิผลมากขึ้น และพึ่งพาตนเองได้ เมื่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการทำกายภาพบำบัดแล้ว ผู้ป่วยก็จะได้รับการกระตุ้นและการเคลื่อนไหวร่างกายตั้งแต่แรกเริ่ม และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด

ดังนั้นสถานพยาบาลภาครัฐทุกระดับควรให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกลางในเขตพื้นที่อย่างมีมาตรฐานต่อเนื่อง ทั้งการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การให้บริการในชุมชนและที่บ้าน และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมรอบด้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยมีโปรแกรมการดูแลที่บ้าน มีทีมติดตามการดูแลรักษาที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล และนักกายภาพบำบัด อีกทั้งควรประสานเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาในชุมชนที่อาจรบกวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่องและได้มาตรฐานตั้งแต่ระยะแรกและระยะกลาง นำไปสู่การป้องกันความพิการถาวรที่อาจเกิดขึ้น และสามารถฟื้นคืนสมรรถภาพได้สูงที่สุดเท่าที่ควรจะเป็น

## เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรี พัฒนสุวรรณ. Outcomes of Intermediate Phase Post-Stroke Inpatient Rehabilitation in Community Hospital. ASEAN Journal of rehabilitation of medicine. 2019; 29

2. สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Subacute Rehabilitation). กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย; 2559.
3. กระทรวงสาธารณสุข. Intermediate service care plan. <http://www.snmri.go.th> (accessed 17 กุมภาพันธ์ 2563).
4. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2559.
5. วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

## Practical Point

- การกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญมากต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในช่วง 2-6 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาล
- การติดตามเพื่อประเมินและส่งเสริมการกายภาพบำบัดที่บ้านจึงต้องดำเนินการตั้งแต่ภายใน 1 เดือนแรกหลังจากผู้ป่วยได้ออกจากโรงพยาบาลและต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 1 เดือนจนครบ 6 เดือน
- นอกจากทีมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแล้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีบทบาทในการร่วมค้นหาและแก้ไขปัญหาอื่นๆในชุมชนที่ส่งผลต่อกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วย
- การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเป็นเรื่องที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการดูแลผู้ป่วย
- เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน